



Formulaire de description de cas abrégée

1.0 Détails sur la femme

Origine ethnique^{1*} : (inscrire le code, consulter la section Définitions pour connaître les codes)

Race^{1*} : (inscrire le code, consulter la section Définitions pour connaître les codes)

1.2 Est-ce que la femme est née au Canada? Oui Non Ne sais pas

Si non, indiquer le pays de naissance.

1.3 La femme est-elle citoyenne canadienne? Oui Non Ne sais pas

Si non,

Indiquer la citoyenneté.

Depuis combien de temps était-elle au Canada avant son décès?

Si < 24 mois, indiquer le nombre de mois.

Si ≥ 24 mois, indiquer le nombre d'années.

Ne sais pas

Veillez cocher une des cases suivantes

Née au Canada Résidente permanente Autre (préciser) _____
Ne sais pas

11.4 Est-ce que la femme parle ou comprend l'anglais? Oui Non

1.5 Situation de logement : (Cocher toutes les réponses applicables)

Propriétaire Locataire Logement social

Habite seule Habite avec un(e) partenaire Habite avec un parent

Personne itinérante Autre situation Situation inconnue

1.6 Taille de la mère : cm Inconnue



1.7 Premier poids maternel enregistré : kg Inconnu

1.8 IMC avant la grossesse Inconnu

1.9 Tabagisme : Jamais Avant la grossesse Pendant la grossesse
Post-Partum Inconnu

1.10 Est-ce que la femme avait des problèmes connus de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives?

Oui
Non
Ne sais pas

1.11 Violence conjugale :

Cette femme a-t-elle été victime de violence conjugale avant la grossesse? Oui Non Ne sais pas

A-t-on reconnu la présence de violence conjugale pendant la grossesse? Oui Non Ne sais pas

Pendant le suivi prénatal, a-t-on interrogé la patiente au sujet de violences dont elle aurait pu être victime?

Oui Non Information non consignée Aucun suivi prénatal Ne sais pas

1.12 Santé mentale

La femme avait-elle un trouble de santé mentale? Oui Non Incertain Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser.

1.13 La garde du nourrisson a-t-elle été retirée ou devait-elle l'être? Oui Non Ne sais pas

2.0 : Antécédents obstétricaux

2.1 Les antécédents obstétricaux sont-ils connus?

Oui Non



Si non, passer à la section 3.

2.2 Grossesses précédentes	Nombre de grossesses terminées après 22 SA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre de naissances vivantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre de mortinaissances et de morts fœtales tardives	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre de césariennes antérieures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

S'il s'agissait de la première grossesse, passer à la section 3.

2.3 La femme a-t-elle des antécédents de problèmes de grossesse^{2*}? Oui Non Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser.

3.0 : Antécédents médicaux

3.1 La femme avait-elle des problèmes de santé prénataux ou préexistants^{3*}?

Oui Non Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser.

3.2 La femme a-t-elle déjà reçu un diagnostic relatif à la santé mentale? Oui Non

Incertain Ne sais pas



Si **oui**, veuillez préciser.

Ces antécédents ont-ils été divulgués lors du premier rendez-vous? Oui Non Ne sais pas

4.0 : Grossesse concernée :

4.1 Dernière date prévue d'accouchement (DPA^{4*})? MM AA Inconnue

4.2 S'agissait-il d'une grossesse multiple? Oui Non

Si **oui**, veuillez préciser le nombre de fœtus, y compris le bébé concerné.

4.3 La grossesse concernée résulte-t-elle de la procréation assistée ou de la FIV? Oui Non
Ne sais pas

4.4 La femme a-t-elle reçu des soins prénataux? Oui Non Ne sais pas

4.5 Où l'accouchement devait-il avoir lieu?

Établissement de niveau 1 Établissement de niveau 2 Établissement de niveau 3
Centre des naissances À la maison Autre endroit (préciser) _____ Inconnu

4.6 Y a-t-il eu des problèmes pendant la grossesse concernée^{2*}? Oui Non Ne sais pas

Si **oui**, veuillez préciser.

4.7 Y a-t-il eu des problèmes post-partum à la grossesse concernée^{2*}? Oui Non Ne sais pas

Si **oui**, veuillez préciser.



5.0 : Accouchement

5.1 La femme était-elle encore enceinte à son décès?

Oui Non

Si **non**, où a-t-elle accouché?

Établissement de niveau 1 Établissement de niveau 2 Établissement de niveau 3
Centre de naissance À la maison Ambulance Autre endroit (préciser) _____

5.2 S'agit-il d'une perte de grossesse précoce?

Oui Non

Meilleure estimation de l'âge gestationnel :

Si **oui**, veuillez indiquer la cause de la perte. Grossesse ectopique Avortement spontané
Interruption Autre cause

Si **autre cause**, veuillez préciser.

5.3 Y a-t-il eu déclenchement artificiel du travail?

Oui Non

5.4 La femme a-t-elle été en travail?

Oui Non

5.5 Quel a été le mode d'accouchement?

Spontané Vaginal assisté Césarienne

S'il s'agit d'une césarienne, quand a-t-elle eu lieu?

Avant le travail Après le début du travail Périmortem

5.6 La femme a-t-elle déjà reçu une anesthésie?

Oui Non

Si **oui**, indiquer les méthodes utilisées. Générale Péridurale Rachidienne
Rachi-péridurale combinée

Autre méthode (préciser) _____



6.0 : Issues

Section 6a : Femme

6a.1 La femme a-t-elle été transférée aux soins intensifs? Oui Non Ne sais pas

A-t-elle été transférée dans un établissement qui offre un niveau de soins plus élevé? Oui Non
Ne sais pas

6a.2 Y a-t-il eu une morbidité maternelle majeure pendant la grossesse concernée^{5*}?

Oui Non Si **oui**, veuillez préciser. _____ Inconnue

6a.3 La femme a-t-elle eu son congé de l'hôpital après l'accouchement et avant le décès?

Oui Non Ne sais pas Jamais à l'hôpital

6a.4 Quelles sont la date et l'heure du décès? JJ MM AA hh mm

OU cocher si l'heure est inconnue.

Quelle était initialement la cause présumée du décès?

Quelles sont la ou les causes du décès sur le certificat de décès?

A-t-on réalisé une autopsie?

Hôpital Coroner ou médecin légiste Autre Non

Si une autopsie a été réalisée, quel est le diagnostic sur le certificat de décès?

6a.5 Où la femme est-elle décédée?

Hôpital Domicile Autre établissement de soins Ambulance
Autre endroit _____